



verslag

Omschrijving	Toezihtsbezoek QBMC
Datum	19 en 20 juli 2022
Plaats	QBMC, Sint Eustatius
Documentnummer	V.../...

Inleiding

Aanleiding en doelstelling

In het kader van haar toezichthoudende taak heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: de inspectie) op 19 en 20 juli 2022 een aangekondigd bezoek met onaangekondigde elementen gebracht aan het Queen Beatrix Medical Center (QBMC). Het doel van het bezoek was om zicht te krijgen op de primaire zorgprocessen en wat daar mee samenhangt, het opvolgen van de processen rondom gemelde (mogelijke) calamiteiten en het voeren van toezichtsgesprekken over kwaliteitsonderwerpen met bestuurder, de raad van toezicht (RvT), de kwaliteitsfunctionaris en diverse zorgprofessionals. De niet beschreven zorgprocessen zullen tijdens een volgend bezoek risicogestuurd op de agenda komen te staan.

Werkwijze

De inspectie heeft gesprekken gevoerd met de RvT, de bestuurder, de huisartsen, de kwaliteitsfunctionaris, het management, de casemanager/teamleider van de thuiszorg en een vertegenwoordiging van de verpleegkundigen/verzorgenden van QBMC. Daarnaast zijn bezoeken gebracht aan de verschillende afdelingen binnen QBMC, waaronder de emergency room (ER), de verpleegafdeling, de huisartsenpraktijk, de thuiszorgafdeling en de hospitainer. Hierbij was met name aandacht voor dossiervoering, medicatieveiligheid en infectiepreventie en de werkafspraken die hiermee gemoeid zijn. Ook heeft de inspectie kort de ruimte waarin het laboratorium is gevestigd, bekeken.

Aangezien het verpleeghuis op Sint Eustatius geen onderdeel uitmaakt van QBMC is van dit bezoek een separaat verslag gemaakt.

Dit verslag is een samenvatting van de voornaamste bespreekpunten met daarbij opgenomen de aandachtspunten en te nemen maatregelen. Tijdens de rondgang en de gesprekken zijn diverse onderwerpen besproken. De zorginhoudelijke processen zijn apart beschreven in dit verslag, hierdoor zijn dubbellingen leesbaar in de beschreven onderwerpen. Om deze reden zijn ook de aandachtspunten/maatregelen herhaald opgesomd. In overleg met de bestuurder is gekozen voor een praktisch opgezet verslag. Hierdoor lopen operationele, tactische en strategische punten mogelijk door elkaar heen.

Algemeen

Het Queen Beatrix Medical Center (QBMC) is gevestigd in Oranjestad op Sint Eustatius en is de enige aanbieder van curatieve zorg op het eiland. Het gebouw is in 1987 geopend door koningin Beatrix. Op korte afstand van het gebouw is medio 2020 een hospitaier geplaatst door het Ministerie van VWS. Deze is onder andere gebruikt voor het verplegen van Covid-19 patiënten en het vaccineren tegen Covid-19. Momenteel wordt de hospitaier voornamelijk gebruikt door bezoekende specialisten vanuit Sint Maarten.

Het QBMC is onderdeel van de Sint Eustatius Health Care Foundation (SEHCF), maar beide benamingen worden in de praktijk door elkaar heen gebruikt. In dit verslag wordt de zorgaanbieder QBMC benoemd, als onderdeel van SEHCF.

De zorgaanbieder levert eerstelijns huisartsgeneeskundige zorg, zoals deze gebruikelijk is, aan de inwoners van Sint Eustatius. Daarnaast biedt de zorgaanbieder de mogelijkheid voor een korte opname, de mogelijkheid om te bevallen, de eerste opvang bij acute geneeskunde (ambulance en ER) en thuis- en wijkzorgactiviteiten.

De zorgaanbieder bestaat onder meer uit de volgende onderdelen:

- De ambulancedienst met twee ambulances
- De emergency room
- De verpleegafdeling
- De verloskamer
- De radiologiekamer
- Het medisch laboratorium
- De (poli)kliniek waaronder huisartsen en verloskunde.
- Thuis- en wijkzorg

De zorgaanbieder heeft een directeur (bestuurder). De bestuurder is op interim-basis aangesteld voor in principe een periode van een jaar en is gestart op 1 juni 2022.

De zorgaanbieder is in gesprek geweest met het bestuur van het verpleeghuis/Auxiliary home over een (bestuurlijke) fusie. Tijdens haar bezoek begreep de inspectie dat dit nu geen prioriteit heeft.

Inhoud gesprekken/rondgang

Raad van Toezicht

Het gesprek met de RvT vond plaats met een afgevaardigde van de RvT.

- De RvT bestaat uit vijf leden, onderverdeeld in vier commissies, telkens bestaande uit twee leden (personeel, financiën, kwaliteit en renumeratione). De RvT vergadert wekelijks.
- Aangegeven wordt dat de afgelopen periode, na het overlijden van de patiënt in april jl., erg heftig en intens is geweest. De RvT heeft de bevolking (er stonden 150-200 mensen voor QBMC) toegesproken en beloofd dat inwoners van Sint Eustatius de gezondheidszorg gaan krijgen waar zij recht op hebben. De RvT heeft een communicatiebureau ingehuurd om in contact te blijven met de inwoners. Zo worden nu bijvoorbeeld wekelijks berichten op Facebook geplaatst. Ook zijn in april jl. in twee groepen, twee meetings met het personeel geweest. Aangegeven wordt dat ZJCN bij dit gehele traject nauw aangesloten is geweest. Onder andere is gesproken over de geplande nieuwbouw van SECHF; het openbaar lichaam heeft hier al grond voor beschikbaar gesteld. Een voorwaarde van VWS voor het realiseren van de nieuwbouw is een fusie met het Auxiliary home. De RvT ziet hier zeker de voordelen van in en het is ook een wens, maar eerst hebben andere zaken prioriteit.
- De RvT zal, na een periode van zelf operationele taken uitgevoerd te hebben (vanwege de risico's), nu langzamerhand weer een stap terug doen om de huidige bestuurder de ruimte te geven om zijn werk te doen.
- Door de RvT en bestuurder wordt gevraagd, mede ook gezien de ingewikkelde huidige ontwikkelingen, om continuïteit van vaste inspecteurs. Het inspecteren in dialoog sluit aan bij de huidige ontwikkelingen. Het is een organisatie in opbouw en de juiste stappen in het juiste tempo moeten nu worden gezet, aldus de RvT. De inspectie geeft aan gedurende de transitie vertrouwen te willen geven maar verwacht wel aantoonbare en meetbare resultaten van verbeteringen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid van zorg. Gesprekspartners geven aan dat tot nu toe onvoldoende gebruik is gemaakt van de potentie van de medewerkers. Door het veelvuldig aantrekken van externe mensen wordt daar nu teveel op geleund en is ook achterover geleund.
- De RvT voert regelmatig voortgangsgesprekken met de bestuurder, namelijk één keer per maand en vaker wanneer nodig. Ten aanzien van de (mogelijke) calamiteit die zich begin april afgespeeld heeft, is de inspectie nog altijd wachtende (ondanks herhaaldelijk verzoek) op het rapport. De onderzoekscommissie zou dit volgens planning begin juni 2022 opleveren. Aangegeven wordt dat de commissie het rapport niet wilde vrijgeven omdat het obductierapport nog niet beschikbaar was. De inspectie ligt toe dat het haar in dit stadium voornamelijk gaat om inzage in de basisoorzaken en de verbetermaatregelen (VBM) en het leren en verbeteren van de organisatie. Doordat de inspectie nu niet naar de borging van de VBM kan kijken en deze zelfs nog niet binnen de

organisatie bekend zijn, loopt de organisatie mogelijk risico op herhaling. De RvT gaat hierover wederom met de commissie in gesprek.

- De RvT gaat zelfevaluatie uitvoeren. De planning was dit in april jl. te doen, maar door het overlijden en de daaropvolgende onrust, is dit uitgesteld tot augustus a.s. (en dan jaarlijks een vervolg hierop). De RvT heeft al wel gebruik gemaakt van vragenlijsten over eigen functioneren en dat van de RvT, volgend jaar wordt de evaluatie uitgebreid met een moderator.
- De Governance Code Zorg wordt door de RvT omarmd, inclusief de zittingstermijnen. Vanwege de uitdaging om aan voldoende geschikte RvT-leden te komen kan mogelijk in de toekomst een "ruil" met de RvT van Saba Cares plaatsvinden, aldus het aanwezige RvT-lid.
- De RvT geeft aan een rol te hebben in het gebruik van de hospitainer. De wens is om de hospitainer "hurricane proof" te maken, het voltage geschikt te maken voor Sint Eustatius en een toilet en douche in de ruimte te plaatsen (deze voorzieningen zijn nu buiten de hospitainer geplaatst). Er is een wens voor een eigen zuurstofvoorziening, dan kan deze ruimte beter geschikt worden gemaakt als isolatie-unit bij Covid-19 (bij meer dan één Covid patiënt op de afdeling wordt de hospitainer in gebruik genomen). Er dient dan een zuurstofgenerator te komen om de flessen te kunnen vullen (zuurstof komt nu vanuit St. Kitts en er is maximaal 130 liter per maand nodig). De hospitainer kan dan dienen als tussenoplossing voor het einddoel: een nieuw gebouw voor de uitvoer van activiteiten van QBMC.

Verpleegafdeling + ER

- De ER is 24/7 geopend. Personeel van de ER is tevens werkzaam op de verpleegafdeling, op de ambulance, verantwoordelijk voor de coördinatie en aanwezigheid bij vluchten (Medevac) bij medische evacuatie (tezamen met een arts) en soms als ondersteuning bij bevallingen met de verloskundige. Elke dienst (overdag, avond en in de nacht) werken twee tot drie verpleegkundigen, waarbij men probeert tenminste één RN verpleegkundige (registered nurse) in te plannen. Het rooster wordt gemaakt door de manager (eveneens RN-verpleegkundige) waarbij naar competenties wordt gekeken.
- Ten aanzien van de crashkar op de ER, werd opgemerkt dat deze niet afgesloten was (met als inhoud onder meer medicatie). Op de kar was een lijst met aanwezige medicatie en hoeveelheden geplakt. De hoeveelheden en de aanwezige medicatie in de kar kwamen hier niet mee overeen, bijvoorbeeld adrenaline (volgens lijst acht ampullen, aanwezig elf ampullen) en flumazenil (niet op lijst). Tevens trof de inspectie medicatie en materialen over de expiratie datum aan, zoals amiodaron (exp. juni 2022) en aircare endotracheal tube (exp. 28 oktober 2021). Er hingen lijsten op de kamer wie per maand verantwoordelijk was voor het bijvullen en controleren van onder meer de crashkar (afgetekend met naam en handtekening). Op navraag van de inspectie bleek dit niet gecontroleerd te worden middels bijvoorbeeld audits en sprak men elkaar niet aan bij omissies.

- Op de verpleegafdeling worden elke week de steriele materialen (bij aanvullen van de voorraad) gecontroleerd op vervaldatum. De inspectie trof hierbij alleen materialen aan met een juiste expiratedatum (behoudens een urine leg bag met exp. 12 januari 2022).
- In de verpleegpost is medicatie opgeslagen. De verpleegpost is niet afgesloten en dat maakt dat medicatie, bij afwezigheid van de verpleegkundige, vrij toegankelijk is voor onbevoegden.
- De temperatuur van de koelkast in de medicatieruimte bij de verpleegpost wordt niet gelogd of gecontroleerd. Het was de gesprekspartners van de inspectie niet duidelijk wie hiervoor verantwoordelijk was en wat de grenswaarden zijn wat betreft de opslagtemperatuur. Er was wel een briefje bevestigd op de deur dat de technische dienst geïnformeerd moet worden als de koelkast piept of defect is. Aangegeven werd dat de generator het overnam bij stroomuitval. Het was niet bekend binnen hoeveel tijd dit gebeurde.
- Op de verpleegafdeling zijn elf verpleegkundigen/verzorgenden fulltime werkzaam en een manager. Van de elf medewerkers zijn zes RN-verpleegkundigen en vijf LPN ziekenverzorgenden (licensed practical nurse). Na 15.30 uur zijn de verpleegkundigen/verzorgenden werkzaam zonder aanwezigheid van een arts. De verpleegkundigen verzorgen tevens de triage aan de hand van de ABCDE-systematiek. Het is de inspectie niet duidelijk geworden of hier een protocol voor beschikbaar is. De NTS moet eerst nog vertaald worden in het Engels voordat deze toegepast kan worden.

De wens van de zorgprofessionals is om weer voor stages naar Sint Maarten te mogen gaan om scholing te krijgen. Twee keer per jaar wordt via een bedrijf uit Europees Nederlands ALS/BLS en traumascholing gevolgd. In februari 2022 heeft de laatste scholing plaatsgevonden. Verpleegkundigen vanuit de thuiszorg sluiten hier ook bij aan. De manager geeft aan trots te zijn op haar team. Zeker ten tijde van de Covid-pandemie was veel uitval, maar stond iedereen klaar waar nodig.

- Er worden gemiddeld 30 baby's per jaar op Sint Eustatius geboren. Veelal gingen de medische indicaties naar Sint Maarten en de vrouwen met niet-medische indicaties konden op Sint Eustatius bevallen. Ten tijde van Covid wilde iedereen liever op Sint Eustatius blijven. Er is een vaste verloskundige op het eiland, in dienst van QBMC. De verloskundige bereikt spoedig de pensioengerechtigde leeftijd en er nog geen duidelijkheid over een opvolger.

Maatregelen/aandachtspunten

- Verwijder per direct materialen en medicatie die over de expiratedatum zijn en draag zorg voor een systeem dat deze op gezette tijden en aantoonbaar gecontroleerd worden.
- Medicatie mag niet toegankelijk zijn voor onbevoegden en dient afgesloten bewaard te worden.
- De temperatuur in de koelkast die wordt gebruikt voor de opslag van geneesmiddelen dient continu te worden gemeten en bewaakt, bijvoorbeeld met behulp van een logger.
- Er moet aandacht zijn voor de veelheid aan taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen, zeker na 15.30 uur en tijdens

weekenden, en duidelijke richtlijnen moeten worden opgesteld voor de triage en de betrokkenheid van een arts.

- Maak duidelijke afspraken over wie waarvoor verantwoordelijk is op de afdeling en zorg voor borging van deze afspraken bijvoorbeeld middels audits.
- Maak een jaarplanning voor de audits zodat duidelijk is wanneer welke audit uitgevoerd dient te worden (waarbij hoogrisico onderwerpen terugkomen in de planning).
- Draag per direct zorg voor duidelijke (verantwoordelijkheids-) afspraken ten aanzien van de triage.

Huisartsenzorg

- Voor de huisartsenpraktijk zijn momenteel drie vaste huisartsen beschikbaar (2,5 fte en een vacature voor nog een fte), een RN-verpleegkundige, een doktersassistent en een administratief medewerker. Op dit moment is nog een POH-diabetes binnen het centrum werkzaam. Zij vertrekt spoedig terug naar Europees Nederland. Er is nog geen opvolger.
- Voor huisartsenzorg hebben de artsen vijftien minuten per patiënt. In de praktijk wordt gewerkt met het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) van Promedico. Dit is een Nederlandstalig systeem, maar dit wordt door de Engelstalige arts niet als een probleem beschouwd. De artsen geven aan dat ze de NHG-richtlijnen volgen; ook omdat deze zijn verwerkt in de behandeladviezen in Promedico. Op de vraag van de inspectie of geschreven richtlijnen aanwezig zijn wordt aangegeven dat veel van de "written guidelines" missen.
- De praktijk beschikt over een frontdesk, wachtruimtes, drie consultkamers en een behandelkamer. Aan de inspectie is verteld dat de aanwezige autoclaven iedere drie maanden worden gecontroleerd door een bedrijf uit Bonaire. Dit kon niet aantoonbaar worden gemaakt middels een onderhoudssticker.
- Tijdens de rondgang was één van de computers in de consultkamer niet afgeschermd (met wachtwoord) en was Promedico middels een knop op het toetsenbord te openen en patiënteninformatie vrij toegankelijk.
- Door de huisartsen werd aangegeven dat het soms een uitdaging is om de beschikking te hebben over de juiste apparaten tijdens huisartsensprekken of consulten van medisch specialisten. Als voorbeeld wordt gegeven dat er één ECG-apparaat beschikbaar is dat gedeeld moet worden met de ER, de verpleegafdeling en de hospitainer. Dit geldt ook voor het echoapparaat.
- Op werkdagen tot 15.00 uur wordt de frontdesk bemenst door een administratief medewerker en een doktersassistente. Werkzaamheden bij de frontdesk zijn onder andere het aannemen van de telefoon, het maken van huisartsenafspraken en het inscannen van de resultaten van de onderzoeken van de medisch specialisten.
- De frontdesk is ook verantwoordelijk voor de triage binnen kantoortijden; de administratief medewerkster is hier extra voor geschoold. De artsen geven aan dat triage op Sint Eustatius een uitdaging is en stringenter georganiseerd zou moeten worden. Patiënten willen doorgaans graag nog dezelfde dag een arts zien en vertellen de frontdesk niet altijd waarom. Als

een afspraak dezelfde dag nodig is dan wordt deze bij de "urgentiekliniek arts" geplaatst. Vaak blijkt achteraf dat het geen spoed was.

De huisartsenpraktijk heeft niet een echte spoedlijn bij de frontdesk.

Daarvoor wordt door patiënten gebruik gemaakt van verschillende nummers, bijvoorbeeld via de frontdesk of de verpleegsterspost (gewone nummer + spoedlijnen). Ook kan spoed via 911 (Bonaire, via radio) worden gemeld. Overigens wordt de frontdesktelefoon op feestdagen niet doorgeschakeld naar de verpleegpost (zoals gebruikelijk in QBMC voor alle dagen na 15.00 uur en op zaterdagen en zondagen).

- Tijdens het gesprek met de artsen en inzage in documenten en Promedico werd duidelijk dat niet altijd herleidbaar is welke arts informatie/een opdracht in Promedico heeft gezet.
- Ook opnames worden in Promedico vastgelegd in journaalregels. Bij opnames via de ER na 15.30 uur schrijven de verpleegkundigen van de behandelkamer in Promedico hun bevindingen bij het tabblad "Spreekuur". De afspraak is dat de "urgentiekliniek arts" deze de volgende ochtend overzet naar het journaal in Promedico. Gezien werd dat Promedico niet altijd toegankelijk is voor de verpleegkundigen waardoor zij hun bevindingen op papier zetten om later in Promedico op te nemen.
- Herhaalrecepten worden door een medewerker van de frontdesk in Promedico "klaargezet" en moeten door een arts worden geautoriseerd en pas dan worden ze verzonden naar de apotheek. De arts met de "urgentiekliniek" heeft de taak om de klaargezette recepten te beoordelen, te autoriseren en te verzenden.
- De huisartsen maken zich zorgen over de tijdige afhandeling van de verwijzingen en geven aan dat dit invloed heeft op de arts-patiënt relatie. Verwijzingen moeten door de artsen in een digitaal systeem worden gezet, waarna ZVK op Bonaire de aanvragen beoordeeld. Bij afwijzing wordt meestal een reden door de zorgverzekeraar gegeven. Na akkoord van de zorgverzekering wordt een verwijsafpraak gepland. De artsen hebben geen inzage in wachttijden bij de verschillende instellingen in de regio en zijn ook niet (volledig) op de hoogte welke behandelingen, waar uitgevoerd kunnen worden. Het zou de huisartsen helpen wanneer duidelijk wordt welk ziekenhuis in de regio welke zorg levert en dat inzichtelijk wordt gemaakt welke wachttijden per specialisme en/of ingreep per ziekenhuis bestaan.
- Per 1 oktober 2022 start vanuit ZVK een pilot voor artsen vanaf Saba en Sint Eustatius om open verwijzingen uit te voeren. Dat houdt in dat vooraf geen toestemming meer gevraagd hoeft te worden aan de medisch adviseur van ZVK vanaf Bonaire voor de uitzendingen naar SMMC in Sint Maarten. Dat scheelt circa tien dagen wachttijd, waarin de patiënt reeds kan worden behandeld of op de wachtlijst kan staan. Gezien de verwachtingen van patiënten en de druk die zij kunnen genereren om uitgezonden te willen worden, gaat dit mogelijk meer van de artsen vergen.

Voor overige medische uitzendingen in de regio blijft ZVK een rol hebben. Casuïstiek ten aanzien van medische uitzendingen is besproken en voorbeelden zijn gedeeld. De inspectie dankt de artsen voor hun signalen en zal deze agenderen.

- De huisartsen hebben naast de reguliere huisartsenzorg ook taken en verantwoordelijkheden wat betreft de acute zorg (in ER en soms met de ambulance) en patiënten op de verpleegafdeling. Een van de artsen is bereikbaar voor de spoedzorg, ook na de sluiting van 15.30 uur. Daarnaast zijn de artsen ook betrokken bij de zorg voor patiënten in het verpleeghuis.
- De inspectie geeft aan dat QBMC geen ziekenhuis is, maar een huisartsenpraktijk met spoedzorg en een verpleegafdeling. De artsen moeten voortdurend waken voor een juiste afbakening van de zorg die door QBMC geleverd kan worden. Dat maakt het ook nodig om bij verwijzingen naar SMMC dit gegeven duidelijk te maken aan de specialist. Dit geldt ook voor adviesvragen of wanneer om overname van een patiënt wordt gevraagd door QBMC. De artsen geven aan dat zij hier krachtiger in moeten zijn.

Maatregelen/aandachtspunten

- Zorg dat aanwezige autoclaven zo snel als mogelijk worden onderhouden en maak dit aantoonbaar middels nieuwe onderhoudsstickers met een volgende uiterste datum voor onderhoud.
- Onbevoegden mogen geen toegang hebben tot patiënteninformatie, bijvoorbeeld via een niet-afgesloten computer met Promedico in de consult kamer. Draag zorg voor een adequate screensaver of werkafspraken hierover.
- Besteedt per direct aandacht aan de bereikbaarheid van de spoedlijnen, ook op feestdagen.
- Triage moet volgens een vast systeem worden georganiseerd, genoteerd in een protocol en geïmplementeerd op de afdeling. Draag zorg voor scenariotrainingen.
- Maak ten allen tijde in de medische dossiervoering duidelijk welke arts verantwoordelijk is voor welke opdracht.
- Er moet goed worden nagedacht (en op papier gedeeld met stakeholders) over de afbakening van de zorg die door QBMC kan worden gegeven. Vervolgens moet hier ook naar worden gehandeld.
- De inspectie adviseert om alle functionaliteiten van Promedico inzichtelijk te maken en bewust te kiezen welke worden gebruikt en deze vervolgens op de juiste wijze te gebruiken. Een (opfris)cursus kan hierbij behulpzaam zijn.

Thuiszorg

Sinds 2019 is de thuiszorg onderdeel van QBMC/SEHCF, maar wel fysiek gescheiden. De thuiszorg is gevestigd in een aparte ruimte die wordt gehuurd op een paar minuten afstand van het hoofdgebouw.

- Bij de thuiszorg werken zes junior LPN-verpleegkundigen (ziekenverzorgenden), twee senior RN-verpleegkundigen en een RN nurse/case manager/teammanager. Deze negen medewerkers verzorgen circa 50 patiënten in de thuissituatie op werkdagen van 7.30 uur tot 15.30 uur. De teammanager (of een andere RN nurse) is in het weekend bereikbaar en indien nodig ook beschikbaar om bij patiënten langs te gaan, bijvoorbeeld voor het toedienen van fraxiparine of wondverzorging.

- De junior/LPN-verpleegkundigen hebben meer verzorgende taken en de senior/RN-verpleegkundigen de meer verpleegkundige taken (maar als het nodig is doen zij ook de verzorgende taken). Voor elke patiënt zijn lijsten beschikbaar met de taken die per dag gedaan moeten worden: in rood voor de senior verpleegkundigen; in blauw voor de junior verpleegkundigen. Deze lijsten zijn door de teammanager zelf ontwikkeld, maar niet digitaal beschikbaar. Aan het einde van elke dienst worden werkzaamheden afgetekend op het formulier en bijzonderheden opgeschreven.
- Elke patiënt wordt tenminste eenmaal per week gezien. Gemiddeld ziet een medewerker acht patiënten per dag; hiervoor heeft de thuiszorg zes auto's ter beschikking.
- Als een patiënt in zorg wordt genomen dan is er vooraf een intake door de teammanager. Er is nauwelijks (informatie)overdracht vanuit het ziekenhuis, bijvoorbeeld als iemand tijdelijk opgenomen is geweest. De teammanager zou graag starten met een MDO tezamen met patiënt, mantelzorgers, verpleegkundige, dokter en thuiszorg.
- Tweemaal per week, op woensdag en vrijdag, heeft de teammanager een overleg met de dokter. Daarnaast is de dokter eenvoudig te bereiken via whatsapp op de werktelefoons.
- Maandelijks brengt de thuiszorg een bezoek met de dokter, als er aanleiding voor is. Een dergelijk bezoek vindt in ieder geval eenmaal per jaar plaats.
- De kantoorruimte wordt gebruikt voor werkbesprekingen en overdrachten in de morgen en het vastleggen van gegevens in de papieren dossiers. De patiëntendossiers worden een jaar bewaard in het eigen gebouw. Daarna worden ze elders opgeslagen. In de kantoorruimte worden ook de geneesmiddelen van patiënten bewaard en uitgezet in weekdozen.
- Een groot deel van de patiënten krijgt hulp bij medicatie. Deze patiënten worden verdeeld in drie groepen.
 - o Independent: deze patiënten kunnen hun medicatie in eigen beheer houden en zelf innemen. De rol van de thuiszorg is om medicatie bij de apotheek op te halen en de zak van de apotheek bij de patiënt te brengen (maandelijks);
 - o Semi-independent: deze patiënten kunnen met behulp van een weekdoos zelf hun medicatie innemen. De thuiszorg haalt elke week de medicijndoos op, vult deze op kantoor en brengt de doos dan weer terug naar de patiënt;
 - o Dependent: deze patiënten krijgen eveneens medicatie uitgezet in dagdozen (per week) en krijgen hulp bij het innemen. Tijdens de Covid-19 pandemie heeft de thuiszorg de medicatie bij de patiënten thuis opgeslagen en hulp moeten inschakelen van mantelzorgers voor het toedienen van geneesmiddelen. Dit bleek goed te werken en ontlast de thuiszorg. De meeste "dependent" patiënten krijgen nu hulp van mantelzorgers bij hun medicatie met controle van de thuiszorg.
- Het uitzetten van de geneesmiddelen wordt gecontroleerd door een tweede persoon. Er wordt niet afgetekend op een toedienlijst (bij patiënten die wel hulp bij toedienen krijgen).

- In 2021 is alleen nascholing geweest voor de junior verpleegkundigen, over de zogenoemde "vitals" als bloeddruk en bloedsuiker. De senior-verpleegkundigen kunnen e-learning modules volgen via het ziekenhuis. Dit jaar heeft de manager aan de bestuurder gevraagd om een scholing over dementie. Daarnaast heeft de manager individuele scholingswensen bij de junior verpleegkundigen uitgevraagd, aan de hand van een formulier. Zo heeft een medewerker aangegeven medisch/diabetisch pedicure te willen worden.
- De teammanager zou graag budget krijgen voor extra activiteiten. Aangegeven werd dat vroeger budget was voor activiteiten met Pasen, vader- en moederdag, verjaardagen, carnaval, begrafenissen etc. Dat is ook belangrijk voor teambuilding. Wel zijn voor de patiënten activiteiten beschikbaar bij Chapel Peace. Patiënten worden hiervoor met een bus thuis opgehaald. De verpleegkundige bereidt ze tijdens haar bezoek voor en laat de patiënt wachten op de bus. Als de thuiszorg te laat is, dan wordt de patiënt door de verpleegkundige naar de Chapel Peace/dagopvang gebracht.
- De teammanager heeft de wens uitgesproken voor een alarmsysteem voor patiënten en voor een mobiele behandelkamer. De werkomstandigheden bij mensen thuis kunnen uitdagend zijn: geen stromend (warm) water, bed te laag etc. Aangegeven wordt dat een mobiele behandelunit hiervoor ideaal zou zijn.

Maatregelen/aandachtspunten

- Voor de continuïteit en kwaliteit van zorg is het belangrijk dat informatie over de patiënt wordt gedeeld bij overdracht van thuiszorg naar verpleegafdeling of verpleeghuis en vice versa.
- Maak voor het versturen van privacygevoelige gegevens gebruik van een beveiligd systeem.
- Maak ten allen tijde in de medische dossiervoering duidelijk welke arts verantwoordelijk is voor welke opdracht.
- Het maken van toedienlijsten/uitzetoverzichten en het uitzetten van geneesmiddelen is een verantwoordelijke en precieze taak. Kijk welke rol de apotheek hierbij kan spelen. Het uitzetten moet aantoonbaar worden gecontroleerd door een tweede persoon.

Laboratorium

Tijdens het bezoek heeft de inspectie beperkt notie genomen van de ruimte waarin het laboratorium is gehuisvest en heeft aansluitend kort met een medewerker gesproken.

- De aanwezige apparatuur was niet voorzien van onderhoudsstickers met de uiterste datum voor het eerstvolgende onderhoud. Wel vertelde een medewerker dat voor alle (meet)apparatuur een logboek beschikbaar is, waarin onder andere het laatste onderhoud is opgenomen. Deze logboeken zijn niet door de inspectie ingezien.
- Wat opviel was dat de laboratoriumruimte vol stond en een rommelige indruk maakte. Zo zag de inspectie geopende en dichte dozen, apparatuur, aangebroken flessen vloeistof en water, boxen en een vuilniszak op de grond. Onder de tafel lagen planken vol met allerlei spullen. De vloer was zichtbaar niet schoon, maar is ook niet goed te

reinigen door de hoeveelheid aan spullen op de grond. Aangegeven werd dat er geen ruimte was om spullen op te bergen en dat daardoor het op deze wijze was ingericht.

Maatregelen/aandachtspunten

- Zorg dat aanwezige en gebruikte apparatuur zo snel als mogelijk wordt onderhouden en maak dit aantoonbaar middels nieuwe onderhoudsstickers met een volgende uiterste datum voor onderhoud.
- Draag per direct zorg voor een schone werkplek waar hygiënisch gewerkt kan worden. Verwijder alles uit de ruimte wat daar niet hoort te staan en zet geen materialen, vloeistoffen of apparaten op de grond of op kasten.

Zorginhoudelijk processen

Kwaliteitssysteem

- Het consultancy bureau uit Europees Nederland dat QBMC een aantal jaren ondersteund heeft, heeft de protocollen in het eigen digitale systeem staan. Deze moeten overgezet worden naar de systemen van QBMC, aldus de kwaliteitsfunctionaris. De protocollen zijn deels ook beschikbaar in hardcopy, maar niet vrij toegankelijk voor de zorgprofessionals en ook niet bij hen bekend.
Recent zijn open examens afgenomen via e-learning, voorafgaande aan theorie. Het is niet duidelijk of iedereen daarvoor is geslaagd.
- De apparatuur die de inspectie heeft gezien, heeft onderhoudsstickers met verlopen termijnen. Bijvoorbeeld de defibrillator (check juli 2021), het uitzuigstelsel (check januari 2021), een oplader (check augustus 2020) en een spuitenpomp (check juli 2021). Een bedrijf uit Bonaire zou hiervoor verantwoordelijk zijn. Het is niet duidelijk waarom verschillende data vermeld staan op de apparatuur met een sticker van Fundashon Mariadal.

Maatregelen/aandachtspunten

- Zorg per direct voor adequate toegankelijkheid voor protocollen (SOP's) voor de zorgprofessionals, zorg voor bekendheid bij de zorgprofessionals en borg dat volgens geïmplementeerde SOP's gewerkt wordt. Maak SOP's voor primaire processen die niet (adequaat) beschreven zijn en reviseer bestaande SOP's tijdig.
- Houd in personeelsdossiers bij welke opleidingen zijn gevolgd en afgerond en maak, in overleg met de individuele medewerker, een scholingsplan.
- Zorg dat aanwezige en gebruikte apparatuur zo snel als mogelijk wordt onderhouden en maak dit aantoonbaar middels nieuwe onderhoudsstickers met een volgende uiterste datum voor onderhoud.

Verpleegkundige dossiervoering

Verpleegafdeling

- De inspectie heeft het dossier ingezien van de, op dat moment, opgenomen patiënt. De dossiers zijn op papier. De verpleegkundigen hebben geen inzage in/toegang tot Promedico, behalve wanneer ze een pas van één van de artsen krijgen. Het dossier was zeer matig gevuld met

informatie en bevatte een verpleegkundig opnameformulier dat behoudens de verantwoordelijke arts en de opname indicatie niet ingevuld was (patiënt was meer dan 24 uur opgenomen), niet duidelijk was welke behandeling ingezet was of het behandelbeleid. Wel was het veld van allergieën ingevuld. Niet duidelijk was of dit overeen kwam met hetgeen vermeld was in Promedico. Bij inzien waren de klachten van de patiënt als diagnose beschreven (benauwdheid en pijn op de borst); na vragen van de inspectie hierover bleek de tekst de dag erna witgemaakt te zijn en stond er niets meer vermeld. Tevens was er een patiënttevredenheids-formulier, een diabeteschart en een vital flow chart. De afspraak was dat elke dienst tenminste twee maal controles worden gedaan of de arts moet een andere opdracht hiertoe geven.

Thuiszorg

- Voor elke patiënt zijn lijsten beschikbaar met de taken die per dag gedaan moeten worden: in rood voor de senior verpleegkundigen; in blauw voor de junior verpleegkundigen. Deze lijsten zijn door de teammanager zelf ontwikkeld, maar niet digitaal beschikbaar. Aan het einde van elke dienst worden werkzaamheden afgetekend op het formulier en bijzonderheden opgeschreven.

Maatregelen/aandachtspunten

- De dossiers op de verpleegafdeling moeten volgens afspraak worden gevuld en men moet elkaar aanspreken indien items ontbreken.
- Bespreek (bijvoorbeeld tijdens een teamvergadering) wat noodzakelijke informatie is en voer dit ook zodanig uit. Evalueer dit regelmatig. Maak duidelijke afspraken (in een protocol) over de verpleegkundige dossiervoering. Hierdoor creëer je de mogelijkheid voor het borgen van continuïteit van zorg en worden opvallendheden ten aanzien van de individuele patiëntenzorg zichtbaar.

Medische dossiervoering

Huisartsenpraktijk

- De inspectie heeft inzage gehad in het Promedico-HIS. In de middag bleek inzage niet mogelijk. Door de artsen werd aangegeven dat Promedico er vaker "uitligt" in de middag. Mogelijke oorzaak is het uitvoeren van updates door Promedico gedurende de nacht in Europees Nederland.
- In Promedico is te zien dat de artsen inloggen met hun eigen pas/code, maar ook andere codes worden gebruikt als Qbmc visitor, qbmc visitor, waarneemarts1, waarneemarts2. Het is niet duidelijk of alle codes/passen gelijke bevoegdheden hebben. Ook is hierdoor niet te zien, wie verantwoordelijk is voor welke handeling.
- Van de apotheek worden retourberichten ontvangen. De artsen ontvangen ook retourberichten van uitgifte van de apotheek op basis van recepten van andere voorschrijvers, bijvoorbeeld de visiterende specialisten. Ook hier krijgen de artsen retourberichten van in Promedico, maar deze komen in een apart tabblad.
De artsen hebben via Promedico de mogelijkheid om stoprecepten naar de apotheek te sturen, inclusief de reden van staken.

- Bij het kijken in Promedico was te zien dat bij een patiënt het veld "allergie" leeg was. Niet duidelijk is of de patiënt geen allergieën heeft of dat het niet aan de patiënt is gevraagd.
- Het laboratorium maakt gebruik van Schuytlab. Ook de uitslagen van SLS worden hierin opgenomen. De artsen ontvangen de labuitslagen op papier of pdf en worden zo ook in Promedico opgenomen. De artsen geven aan dat op deze wijze geen trends zijn te zien en het lastig is om inzage te krijgen in eerdere meetwaarden. Dat zou wel kunnen door de meetwaarden over te nemen in het juiste tabblad in Promedico, maar dat is arbeidsintensief en daarvoor ontbreekt de tijd. Afgesproken is dat het laboratorium eenmaal per maand afwijkende nierfunctiewaarden naar de artsen sturen.
- Huisartsen geven aan "overall" tevreden te zijn met Promedico.

Verpleegafdeling

- Ook opnames worden in Promedico vastgelegd in journaalregels. Bij opnames via de ER na 15.30 uur schrijven de verpleegkundigen van de behandelkamer in Promedico hun bevindingen bij het tabblad "Spreekuur". De afspraak is dat de "urgentiekliniek arts" deze de volgende ochtend overzet naar het journaal in Promedico.
- Wel werd tijdens het gesprek hierover en inzage in documenten duidelijk dat niet altijd herleidbaar is welke arts een opdracht in Promedico geeft.

Maatregelen/aandachtspunten

- Promedico is het centrale informatiesysteem voor QBMC. Met Promedico moeten duidelijke afspraken worden gemaakt wat betreft updates en tijden dat Promedico onbereikbaar is.
- De toegangscode/passen voor de artsen moeten op naam en niet op functie gesteld worden. Voor de overige medewerkers moeten toegangscode/passen beschikbaar zijn met minder bevoegdheden. De code/passen moeten alleen worden gebruikt door de medewerker waarvoor ze zijn uitgegeven. Maak ten allen tijde in de medische dossiervoering duidelijk welke arts verantwoordelijk is voor welke opdracht.
- Zorg dat labuitslagen op de geëigende wijze worden opgenomen in het Promedico-HIS.
- De inspectie adviseert om alle functionaliteiten van Promedico inzichtelijk te maken en bewust te kiezen welke worden gebruikt en deze vervolgens op de juiste wijze te gebruiken. Een (opfris)cursus kan hierbij behulpzaam zijn.

Medicatieveiligheid

Alle medicatie wordt geleverd door Golden Rock Pharmacy.

Verpleegafdeling:

- Op de verpleegafdeling zijn verschillende geneesmiddelenvoorraden. Voor opgenomen patiënten worden door de apotheek geneesmiddelen op naam van de patiënt geleverd. Voor elke kamer en elk bed is een laatje in een Wiegand kar gereserveerd. Het laatje wordt niet gebruikt voor het uitzetten van de geneesmiddelen per toedieningstijdstip, maar alleen voor de opslag van de geneesmiddelen voor de betreffende patiënt. Voor het

toedienen worden de geneesmiddelen voor een patiënt klaargezet. De verantwoordelijkheid voor het toedienen wordt vastgelegd op toedienlijsten. De lijsten worden door de verpleegkundigen zelf gemaakt. De Wiegandkar is niet op slot en staat in de verpleegpost. Deze ruimte is niet afgesloten.

- In de verpleegpost is ook een kast met geneesmiddelen, overzichtelijk gerangschikt in lades. De lades bevatten geneesmiddelen die nodig zijn bij spoedsituaties, bijvoorbeeld als patiënten na 15.30 uur de ER bezoeken. Recent is afgesproken dat de geneesmiddelen die aan patiënten worden toegediend of meegegeven, ook aan de apotheek bekend worden gemaakt. Hiervoor is een klapper met lijsten waarop wordt geschreven welke geneesmiddel, aan welke patiënt is toegediend of meegegeven. De apotheek komt eenmaal per week in de klapper kijken en vult de voorraad aan met de gebruikte geneesmiddelen. Deze worden door de apotheker op naam van de patiënt geleverd, zodat het medicatiedossier bij de apotheek compleet en actueel is (en aan de zorgverzekering wordt gedeclareerd).
- In de verpleegpost zijn ook tassen aanwezig die door de verpleegkundigen worden meegenomen bij acute situaties waarvoor een ambulancerit of vlucht nodig is. De tas met geneesmiddelen is verzegeld en wordt na ieder gebruik gecontroleerd.
- In de verpleegpost is een koelkast aanwezig die gebruikt wordt voor de opslag van geneesmiddelen. De koelkast geeft een signaal bij gemeten temperaturen buiten de instelwaarden. De instelwaarden zijn bij de verpleegkundigen niet bekend.
- In de ER is een crashkar voor acute situaties (zie ook de info onder het kopje verpleegafdeling + ER). Op de bovenkant van de kar is een lijst bevestigd met de geneesmiddelen die in de kar aanwezig zijn. De werkelijke voorraad in de kar komt niet overeen met deze lijst. In de kar zijn geneesmiddelen en medische hulpmiddelen aangetroffen die vervallen zijn. De ER is open en ook de crashkar is niet afgesloten, waardoor ER geneesmiddelen bereikbaar zijn voor onbevoegden.
- De inspectie heeft tubes gezien, zonder datum van opening op de tube.
- De toediening van insuline wordt dubbel gecontroleerd.

Huisartsenzorg:

- De artsen hebben voor spoedeisende situaties een dokterstas. In de dokterstas zijn geen geneesmiddelen aanwezig. Buiten het ziekenhuis worden de geneesmiddelen uit de ambulance gebruikt.

Thuiszorg:

- De thuiszorg haalt de geneesmiddelen voor cliënten op bij de apotheek en bewaart deze in de eigen werkruimte.
- Voor de semi-independent en dependent cliënten worden de geneesmiddelen in weekdozen uitgezet. Het uitzetten van de geneesmiddelen gebeurt aan de hand van eigen gemaakte lijsten en wordt gecontroleerd door een tweede persoon. Er wordt niet afgetekend op een toedienlijst (bij cliënten die wel hulp bij toedienen krijgen). De dependent cliënten moeten geneesmiddelen toegediend krijgen. Sinds de Covid-pandemie worden deze cliënten geholpen door mantelzorgers wat betreft het toedienen van geneesmiddelen. Er wordt niet afgetekend op een toedienlijst voor elke gift.

Maatregelen/aandachtspunten:

- Geneesmiddelen mogen niet toegankelijk zijn voor onbevoegden en moeten derhalve afgesloten worden bewaard. Dit geldt zowel voor de ER ruimte, de verpleegafdeling, de huisartsenpraktijk als de ruimte van de thuiszorg.
- Er moet een adequaat systeem worden opgezet en gevolgd voor controle op expiratedata, zowel voor geneesmiddelen als medische hulpmiddelen.
- Het maken van toedienlijsten/uitzetoverzichten en het uitzetten van geneesmiddelen is een verantwoordelijke en precieze taak. Kijk welke rol de apotheek hierbij kan spelen.
- Het uitzetten van geneesmiddelen moet aantoonbaar worden gecontroleerd door een tweede persoon.
- De toediening van risicovolle geneesmiddelen moet worden gecontroleerd door een tweede medewerker. Hulpmiddel hierbij is de lijst "dubbel te controleren" van de KNMP (juli 2019).
- Geneesmiddelen moeten worden bewaard bij kamertemperatuur (15-25°C) of in de koelkast (2-8°C). De temperatuur in de koelkast moet continu worden gemeten en bewaakt, bijvoorbeeld met behulp van een logger.

Infectiepreventie

- Het viel de inspectie op dat medewerkers met direct patiëntencontact horloges en ringen droegen. Bij navraag was het niet geheel duidelijk wat de afspraken hierover waren.
- QBMC is gehuisvest in een oud gebouw waarbij zichtbaar beschadigingen op de muren en deuren zijn, beschadigde tegels bij de ambulance ingang op de grond liggen, gaten in de muren zitten, elektriciteitsdraden onafgewerkt naar buiten steken etc.
- Bij de ingang van het ziekenhuis werd de temperatuur van bezoekers/patiënten gemeten en checkt een bewaker of mondmaskers worden gedragen en handen worden gedesinfecteerd. Desinfectans hangt bij iedere kamer op de gang en zijn allen gevuld. In de spoelkeuken vertoonde de stalen wasbak op vele plekken roest en was de zeepdispenser leeg.

Maatregelen/aandachtspunten

- In verband met hygiëne dienen in ieder geval medewerkers met patiëntencontact geen sieraden te dragen tijdens hun werkzaamheden. Stel hiervoor een SOP op, communiceer deze en draag zorg voor het nakomen van de afspraken.
- Beschadigingen en andere onvolkomenheden moeten worden gecorrigeerd, zodat patiënten op verantwoorde wijze kunnen worden behandeld en verzorgd en een veilige werkomgeving bestaat.
- Zorg dat medewerkers de mogelijkheid hebben om adequate handhygiëne toe te passen. Regelmatige controle van zeepdispensers is hier onderdeel van.

Afsluiting

Aan het einde van het tweedaags inspectiebezoek heeft een gesprek plaatsgevonden met de bestuurder a.i.. Hierbij zijn de bevindingen gedeeld met de bestuurder, waarbij aangegeven werd dat het overgrote deel van de bevindingen herkend werden. De inspectie heeft daarbij aangegeven dat de eerste stappen nu zijn om de basis op orde te brengen alvorens adequaat verdere stappen te kunnen zetten in de (door)ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Medewerkers zijn afwachting welke koers ingezet wordt, waardoor een aantal zaken (die wel per direct opgepakt dienen te worden) blijven liggen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan adequate dossiervoering, onderhoud apparatuur, controle op vervallen medicatie of materialen, het nemen van eigen verantwoordelijkheid en het maken en nakomen van afspraken.

Verder dienen duidelijke schriftelijke afspraken gemaakt te worden over afbakening van zorg zodat het voor een ieder duidelijk is welke zorg QBMC/SEHCF wel en niet levert.

Wat verder opviel is dat minder samengewerkt wordt dan verwacht of noodzakelijk is, denk hierbij bijvoorbeeld aan de wijze van overdracht van en naar thuiszorg patiënten of samenwerking met het verpleeghuis. De indruk die bij de inspectie ontstond is dat bepaalde werkzaamheden te vrijblijvend zijn, dat kwaliteit van zorg afhankelijk is van individuele zorgverleners en de verantwoordelijkheid te vaak bij een ander wordt gelegd. Tevens werd een worsteling verwoord en bemerkt om goede zorg te willen leveren maar dat randvoorwaarden en een kwaliteitssysteem niet of onvoldoende aanwezig zijn om die zorg te kunnen leveren. Belangrijk is afspraken vast te leggen en hier ook naar te handelen. Hierdoor is duidelijk wat men van een ander kan en mag verwachten en kan men elkaar hierop aanspreken. Hierbij is samenspraak, inspraak en tegenspraak onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Afspraken:

- Zodra de commissie het calamiteitenrapport oplevert wordt deze gedeeld met de inspectie¹. Afhankelijk van de beoordeling hiervan worden verdere afspraken gemaakt.
- Iedere drie maanden wordt een regulier overleg tussen bestuurder en inspectie gepland. De inspectie neemt het initiatief voor het maken van de afspraak en de agendapunten. Zo nodig is laagdrempelig contact. Gevraagd wordt om een reactie op feitelijke onjuistheden van dit verslag, daarna wordt het verslag definitief vastgesteld. Aangegeven wordt dat het belangrijk is om wel door te gaan met kwaliteitsverbeteringen en niet te wachten op het definitieve verslag.

¹ De inspectie heeft het calamiteitenrapport op 29-07-2022 ontvangen.

Documenten die zijn ingezien door de inspectie:

- Vision SEHCF
- Organogram (31-12-2021, niet conform huidige situatie)
- Audit Ambulance 1 & 2 (03-03-2022)
- Notification Re-Audit Ambulance 1 & 2 (16-06-2022)
- Notification Re-Audit Ambulance 1 & 2 (15-07-2022)
- Audit isolation room (19-05-2022)
- Notification Audit Hospitainer (01-03-2022)
- Quality manual; table of contents quality documents: Care, version 5 (06-02-2020)
- Quality manual; table of contents quality documents: General, version 5 (05-02-2020)
- Quality manual; table of contents quality documents: Cleaning, version 3 (05-02-2020)
- Quality manual; table of contents quality documents: Food safety, version 2 (09-02-2020)
- Protocol cleaning and disinfecting rooms, furniture and objects, version 1 (authorization date: 29-01-2020; revision date: 29-01-2022)
- Protocol cleaning, disinfecting or sterilization of medical instruments, version 1 (authorization date: 29-01-2020; revision date: 29-01-2022)
- Protocol Hygienic working with wound care, version 1 (authorization date: 20-02-2020; revision date: 20-02-2022)